FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOURS

ANNÉE 1967

N° 15

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

Par

MADAME FRANÇOISE DUGUET

Née le 12 Janvier 1940, LE MANS (Sarthe)

Présentée et soutenue publiquement le 23 MAI 1967

TITRE :

ÉTUDE DE LA GROSSESSE ABDOMINALE A TERME

A propos d'une Observation avec Enfant mort.

Président de Thèse :

M. le Professeur RICHARD

Membres du Jury :

M. le Professeur ARNAUD

M. le Professeur GLORION

M. le Professeur VANDOOREN

Imp. A. COLLINET
38, Rue Champoiseau
TOURS — 1967

29 Pays-Bas
Leyde

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE TOURS

Année 1967 N°

T H E S E

pour le

D O C T O R A T en M E D E C I N E

(Diplôme d'Etat)

---

par

Madame DUGUET Françoise
née le 12 Janvier 1940 au Mans (Sarthe)

Présentée et soutenue publiquement le

T I T R E

ETUDE DE LA GROSSESSE ABDOMINALE A TERME
A PROPOS D'UNE OBSERVATION AVEC ENFANT MORT

Président de Thèse :
M. le Professeur RICHARD

Membres du Jury
M. le Professeur ARNAUD
M. le Professeur GLORION
M. le Professeur VANDOOREN

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549627_0012

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE TOURS

Doyen : M. le Professeur G. DESBUQUOIS
Assesseur : M. le Professeur M.A. DURAND
Secrétaire : Monsieur J. GANNIER

- Doyen Honoraire -

Monsieur le Professeur ARON

- Professeurs Honoraires -

MM. les Professeurs : BONNIN - DENOYELLE - FROMENTY - GAUDEAU
HUC - LETELLIER - MERCIER - PAULIN

- Professeurs Titulaires -

MM. les Professeurs :

ARDOUIN	Oto-Rhino-Laryngologie
ARNAUD	Bactériologie
ARON	Clinique Médicale
BARRE	Chimie Pharmacie
BOULARD	Hygiène et Hydrologie
COMBESCOT	Zoologie Parasitologie
CROUZAT-REYNES	Physique Pharmaceutique
DESBUQUOIS	Clinique Médicale Infantile
DURAND	Matière Médicale
GARESTIER	Botanique et Biologie Végétale
GAUTIER	Thérapeutique
GOUAZE	Anatomie
GRECO	Séméiologie Chirurgicale
HUSSENSTEIN	Clinique Chirurgicale Orthopédique
JOBARD	Anatomie Pathologique

LARIANDE . . . . . Ophtalmologie

LIEFFRING . . . . . Technique Opératoire

MAILLET . . . . . Histologie

RAYNAUD . . . . . Pathologie Médicale

RICHARD . . . . . Clinique Obstétricale et Gynécologique

ROUZAUD . . . . . Clinique Neuro-Psychiatrique

THOUVENOT . . . . . Physiologie

VACHER . . . . . Médecine Légale et Sociale

VANDOREN . . . . . Pathologie Chirurgicale

VIALARD-GOUDOU . . . . . Pharmacie Galénique

VIALLE . . . . . Clinique Chirurgicale

WEILL . . . . . Biochimie

- Professeurs à titre personnel -

MM. les Professeurs :

COMBE . . . . . Pédiatrie

VARGUES . . . . . Bactériologie

- Professeurs sans chaire -

MM. Les Professeurs :

Mme FOUSSARD . . . . . Pharmacodynamie

Mle HALOT . . . . . Chimie Analytique

NEEL . . . . . Pathologie Expérimentale

SIZARET . . . . . Neuro-Psychiatrie

- Maîtres de Conférences et Agrégés -

MM. les Professeurs :

BERTRAND . . . . . Médecine Générale

BRIZON . . . . . Urologie

Mle BROCHIER . . . . . Médecine Générale

CASTAING . . . . . Orthopédie

ECARLAT . . . . . Electro-Radiologie

FABIANI . . . . . Toxicologie

GLORION . . . . . Chirurgie Générale

GRENIER . . . . . Maladies Infectieuses

HARICHAUX . . . . . Physiologie

LANFRANCHI . . . . . Médecine Générale

LE CHEVALLIER . . . . . Rhumatologie

LEROUX . . . . . Hématologie

MICHEL . . . . . Electro-Radiologie

MORAND . . . . . Médecine Générale

MOURAY . . . . . Biochimie

NIVIERE . . . . . Chimie Pharmacie

QUERE . . . . . Ophtalmologie

WINCKLER . . . . . Anesthésiologie

- Faisant fonction d'Agrégé

MM.

de LAUTURE . . . . . Hygiène

de HEAULME . . . . . Physique Médicale

- Chargés de Cours Complémentaires-

MM.

BAUDOUIN . . . . . Pneumo-Phtisiologie

BOISRAME M. . . . . Obstétrique Gynécologie

BOISRAME R. . . . . Stomatologie

FRANCOIS A. . . . . Dermatologie

Mme PASTY . . . . . Cryptogamie

A mes parents,

en témoignage de l'affection profonde
que je leur porte et en reconnaissance
de tout ce qu'ils ont fait pour moi

A ma belle-mère,

A mon mari,

A mes enfants,

A mes fréres et soeurs,

A tous mes amis,

Président de Thèse

Monsieur le Professeur RICHARD
Professeur de Clinique Obstétricale
Gynécologue-Accoucheur - Chef de Service au C.H.U.
Officier des Palmes Académiques

Membres du Jury

Monsieur le Professeur ARNAUD
Directeur du Centre de Transfusion Sanguine de Tours

Monsieur le Professeur GLORION
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Ancien Chef de Clinique Chirurgicale
Membre associé de la Société Française d'Orthopédie
et de Traumatologie

Monsieur le Professeur VANDOOREN
Professeur de Pathologie Chirurgicale
Croix de Guerre

A Notre President de Thèse

Monsieur le Professeur RICHARD

Puissiez-vous trouver ici l'expression de notre reconnaissance pour l'insigne honneur que vous nous faites en acceptant de juger cette thèse.

A Monsieur le Professeur GLORION

Nous vous devons le sujet de cette thèse; vous nous avez soutenue de vos conseils judicieux, nous vous prions de voir en ce travail un témoignage de notre profonde gratitude et de notre respectueux attachement.

A Monsieur le Professeur ARNAUD

que cette thèse soit l'occasion de vous remercier vivement pour tout ce que vous avez fait pour nous et pour l'honneur que vous nous faites de juger ce travail.

Puissiez-vous trouver ici l'expression de notre reconnaissance et de notre profonde déférence.

A Monsieur le Professeur VANDOOREN

vous nous faites un bien grand honneur en acceptant de nous juger, vous dont l'enseignement nous a tant marqué.

Nous vous prions de bien vouloir accepter notre admiration et notre reconnaissance.

A Monsieur le Professeur DESBUQUOIS

vous avez toujours témoigné d'une bienveillante sollicitude à notre égard et vous nous avez accueillie avec grande bonté dans votre service à l'hôpital.

Veuillez accepter l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A Monsieur le Docteur MESNARD

vous nous avez guidée et prodiguée des conseils éclairés au cours de ce travail avec une extrême gentillesse.

Veuillez trouver ici une marque de notre vive reconnaissance.

A Monsieur le Docteur DOISEAU

A Monsieur le Docteur TRIBÚT

grâce à vous, nous avons pû mieux connaître notre malade. Soyez en remercier.

A Monsieur le Docteur MAGNAN

votre aide et votre soutien ne
nous a jamais failli, acceptez
le témoignange de notre gratitude
et de notre amitié.

O B S E R V A T I O N

Madame J... 22 ans, primipare entre à la maternité le jeudi 18 Mars 1965 à 1 heure du matin pour douleurs abdominales et écoulement vaginal d'un liquide séreux que la malade prend pour "les eaux". Elle dit avoir passé le terme de 15 jours.

L'interrogatoire nous apprend que ses règles sont irrégulieres et douloureuses.
- dernières règles : 20 Mai 1964.

On ne retrouve :
- aucun antécédent infectieux, ni gonococcie, ni tuberculose.
- aucun antécédent chirurgical.

Les deux premiers mois de la grossesse sont marqués par des métroragies de sang rouge. Ces anomalies n'ont pas donné d'alarme.

Au 3° mois, apparaissent des nausées qui ne durent pas.

Puis, la grossesse évolue jusqu'au terme sans aucune pertubation : pas de douleur brutale, pas de tendance lipothymique, ni pertes sanglantes pouvant faire penser à cette rupture de grossesse extra-utérine.

Près du terme, il n'y a pas eu de troubles urinaires, ni de troubles de transit intestinal de type occlusif ou pseudo-occlusif.

L'examen de la malade à son entrée réunit les faits suivants :

- le terme serait passé de 15 jours environ
- l'état général est bon
- l'abdomen est dur
- l'utérus est très tonique
- la présentation est haute et transverse
- le col est long, fermé et dur
- bons bruits du coeur
- les mouvements de l'enfant sont perçus

Les contractions utérines sont de plus en plus intenses et de plus en plus rapprochés, mais il n'y a pas de dilatation.

On tente une version par manoeuvre externe qui demeure vaine.

Le jeudi 18 vers 14 heures, les contractions s'espacent puis cessent. La malade ne sent plus l'enfant remuer, disparition des bruits du coeur.

Le vendredi matin, une radio de l'abdomen sans préparation montre :

- la situation très haute du foetus, il est étalé dans l'abdomen
- l'absence d'ombre utérine
- et quelques gaz iléraux maternels croisent le squelette foetal.

L'extraction de l'enfant mort, par voie haute, est décidée.

Radio sans préparation
pratiquée le vendredi 19 mars.

- foetus étalé

- absence d'ombre
utérine de placenta

Le vendredi 19 Mars : intervention

Anesthésie : Madame Luzuy
intubation

Opération : Dr B. Glorion
aides : Dr Tribut
Dr Boisseau

Compte rendu opératoire :

- incision médiane sous ombilicale
- dès l'ouverture du péritoine, on tombe sur un sac foetal aux parois minces qui fait évoquer un moment, l'existence d'une rupture utérine. Mais le sac foetal est entouré d'anses intestinales et paraît isolé en plein ventre.

Après avoir isolé par des champs, les différents segments intestinaux, on constate :

- d'une part que l'utérus est sain, en situation normale, de la taille d'un pamplemousse.
- d'autre part, qu'il existe un sac foetal développé directement dans l'abdomen à cheval sur l'excavation pelvienne entre :
  - en avant : la face postérieure du corps utérin et de ligaments larges.
  - en arrière : la face inférieure du mésocolon sigmoïde.

Le foetus est mort, de sexe féminin.

Il pèse 2 kg 600, présente des signes de post-maturité il semble de constitution apparemment normale.

Le foetus est facilement extrait de la poche foetale.

On peut alors préciser les connections placentaires qui se font essentiellement :

- dans le Douglas
- sur l'utérus et les ligaments larges
- sur le péritoine pariétal postérieur et la face inférieure du méso sigmoïde.

Il faut noter de plus, que les annexes gauches sont très adhérentes au sac foetal.

Ce sac très adhérent est clivé aux doigts de ses connections principales mais après son exérèse, il reste une surface cruentée très hémorragique surtout dans les zones d'implantation placentaire.

L'annexe gauche est retirée en même temps.

Après des hésitations et des tentatives de suture, à l'aiguille enfilée, des points de saignement, l'hémostase est assurée par un tamponnement du Douglas, de la face post de l'utérus par mèches de Micklulicz,une lame de caoutchouc isole le reste de la cavité abdominale et empêche le recouvrement des mèches pas les anses intestinales et le colon sigmoïde qui descend à gauche le long de la paroi abdominale. Mèches et lame sortent par un orifice médian sur l'incision.

Enfin, une injection de post-hypophyse est faite dans le

muscle utérin, destinée à favoriser la rétraction de celui-ci et l'hémostase.

Fermeture en deux plans au catgut.
nylon sur l'aponévrose
agrafes sur la peau

La tension artérielle est tombée à 6 maxima pendant l'intervention qui a duré 2 heures.

On a transfusé 7 flacons de sang, isogroupes isorhésus A+.

Antibiothérapie post-opératoire
- 10 M. Pénicilline
- 3 M. Colimycine
pendant 6 jours.

le lendemain le chiffre des globules rouges a est 4.560.000, l'urée à 0,60 g/l

Le 25 Mars 65, 6 jours après l'intervention, sous anesthésie générale :

- ablation de la mèche
- pas d'hémorragie
- mise en place d'un drain
- localement un écoulement séreux persiste pendant quelque temps mais diminue rapidement.
- la lame est retirée 4 jours après ainsi que les agrafes
- le transit intestinal a repris normalement.
- sans aucun trouble urinaire, urée est descendue à 0,30g
- ablation du drain vers le 10° jour

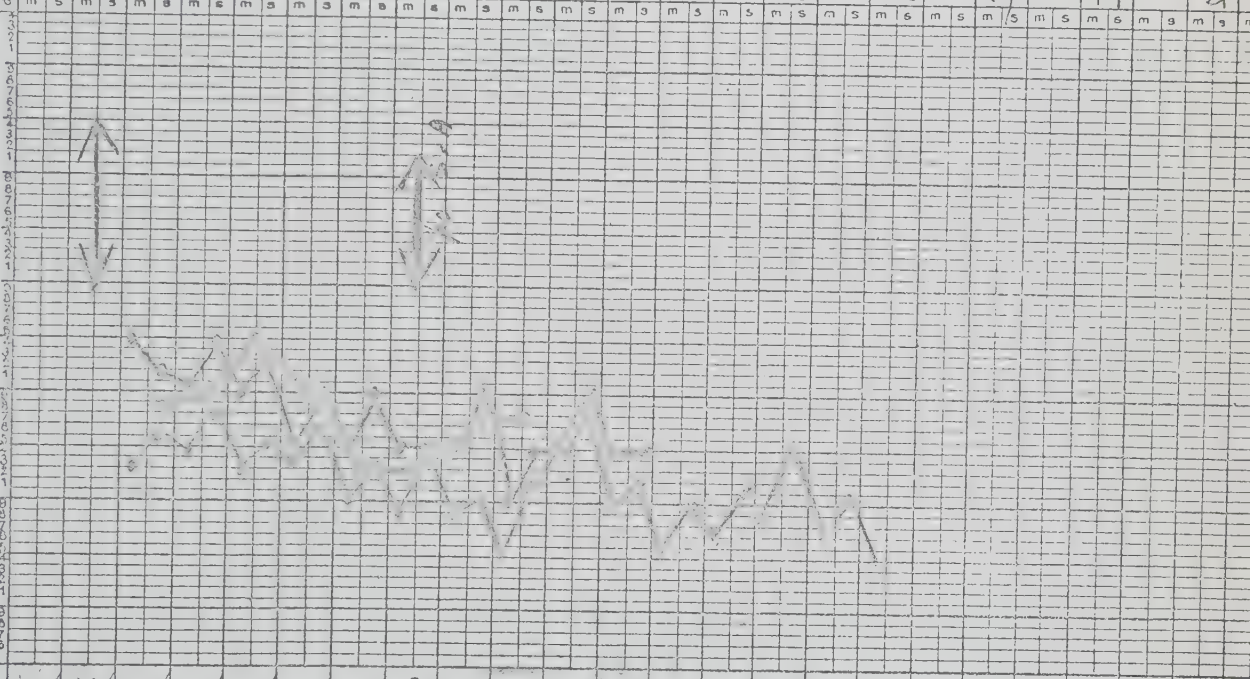
DATE

OIS DE Mars | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9

rs de la maladie | | | 1 | | 3 | | 5 | | 7 | | 9 | | 11 | | 13 | | 15 | | 17 | | 19 | | 21

ion | Pulsations | Température

150 — 41°
140
130 — 40°
120
110 — 39°
100
90 — 38°
80
70 — 37°
60
50 — 36°
40



ne des Urines par 24 heures en Centilitres

10 / 3 — 5 / 3

servations.

- comblement rapide de l'orifice
  N F à 3.020.000

Le 3 Avril 65, sort de la clinique en bon état.

Le 6 Avril 65, cicatrisation de la quasi totalité de la plaie, il persiste un pertuis; nitratage.

Le 15 Avril 65, 1 mois après l'intervention, l'orifice de drainage est presque complètement fermé, mais il persiste un passage étroit et profond par lequel s'écoule un liquide trouble.

Le 29 Avril 65, l'orifice de drainage est complètement fermé.

la cicatrisation est de bonne qualité.
la paroi musculaire est bonne.

L'examen gynécologique montre l'existence d'un vaginisme.

Toucher vaginal : l'utérus est de volume normal, antéversé, probablement fixé en avant.

L'annexe droite est normale.

Evolution

La malade revue 2 ans après cette grossesse est en parfait état général, elle a repris son travail très dur, mais elle n'a pas eu de nouvelle grossesse. Elle est réglée régulièrement avec un cycle de 30 jours. Depuis cette grossesse malheureuse les rapports sont très douloureux.

Une hystérosalpingographie au vasarix polynidone est pratiquée en mars 67 c'est à dire 2 ans après l'intervention.

- appareil de préhension de l'appareil de Bret
- très vite l'injection douloureuse est arrêtée

on fait trois clichés en décubitus dorsal
un cliché en profil franc
un dernier cliché en procubitus

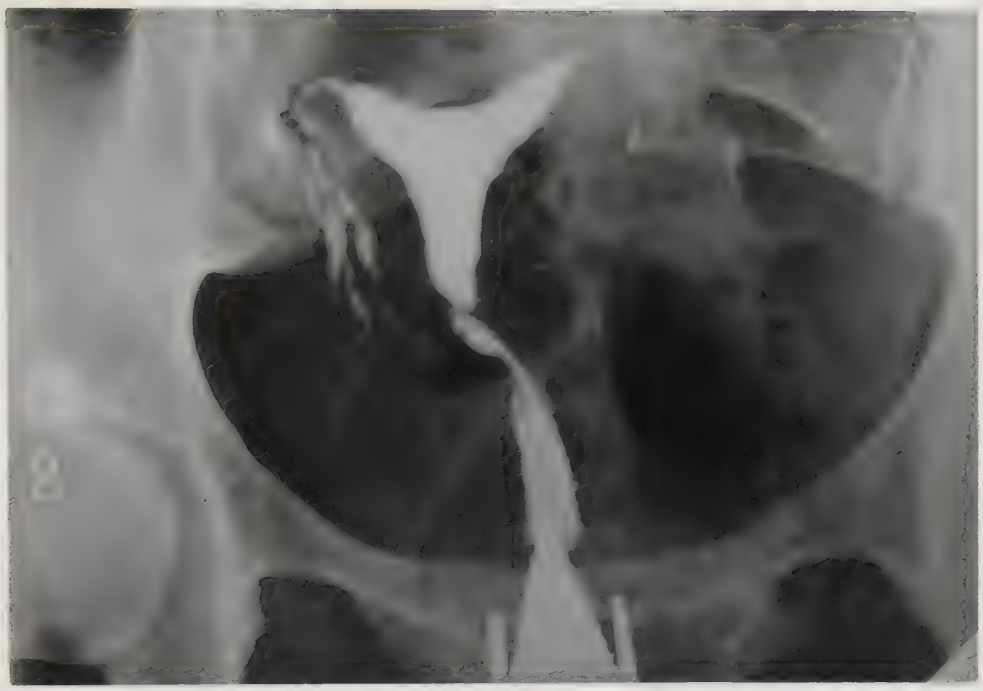
On constate alors que :

1) l'image corporéale est de taille et de morphologie normale, fermée par une image très nette des sphincters musculaires au niveau des cornes et de l'isthme.

2) la cavité cervicale est très allongée et régulière

3) au niveau des trompes :
   - à gauche, imprégnation du segment proximal seul. L'amputation se fait au niveau de la région isthmique.
   - à droite, seul le segment proximal est imprégné normalement puis l'aspect devient très irrégulier, image en mie de pain, suivie de trainées moniliformes qu'on retrouve sur les différents clichés Aspect atypique que l'on peut expliquer de différentes manières.

     et en particulier par des trainées vasculaires masquant l'image de la trompe; incident qui est peut être en relation avec la non perméabilité.



Cette hystérosalpingographie nous a fait rechercher par un interrogatoire plus minutieux l'existence, non encore révèlée, d'infections génitales mais rien ne semble pouvoir expliquer l'état des trompes.

Il paraît possible d'attribuer l'étiologie de cette grossesse abdominale à l'imperméabilité tubaire bilatérale et à l'avortement tubaire sans manifestations cliniques évidents.

E T I O L O G I E

Elle est celle de toutes les grossesses extra-utérine
On peut distinguer :-les causes propres à l'appareil génital.
-à l'oeuf.

I - L'appareil génital peut avoir subi des modifications dues :

a) à des facteurs infectieux

Curtis et Kelly, Jarcho insistent sur la gonococcie, Magrin et Houlné sur la tuberculose génitale.

Il faut rechercher des urétrites et prostatites chez le partenaire car elles provoquent des affections inapparentes chez la femme. Tous ces états inflammatoires peuvent entraîner un rétrécissement tubaire ou une disparition des cils vibratils qui a elle seule peut expliquer la difficulté de migration de l'oeuf et son implantation tubaire.

b) à des causes mécaniques

- rétrécissement tubaire sur bride
- coudure
- diverticule
- fibrome
- polype
- tumeur

c) antécédents de chirurgie abdominale qui peut-être suivi de formation de brides, ou d'adhérences, des cicatrices

utérines dues à des curetages trop appuyés, à des avortements provoqués, des myomectomies.

d) endométrise

II - L'oeuf peut :

- présenter une anomalie d'implantation : grossesse ovarienne exceptionnelle.
- être un oeuf de gros volume, malformé ne pouvant pas faire sa migration normale.
- avoir une faible vitalité et sa nidation en est pertubée.

PATHOGENIE

Elle est toute différente selon qu'il s'agit de grossesse abdominale primitive ou secondaire.

Pour dire qu'une grossesse abdominale est supérieure, il faut pour Studiford :

"- 2 trompes et 2 ovaires normaux et sans lésion récente ou ancienne.
- pas de fistule utéro-péritonéale.
- grossesse reliée à la surface péritonéale est assez jeune pour éliminer l'implantation secondaire après une nidation primitive dans la trompe.

Ici l'oeuf fécondé tombe dans le péritoine.
ou bien, la fécondation a lieu dans le péritoine.

En pratique, une grossesse abdominale est le plus souvent secondaire à une rupture tubaire plus ou moins violente, ou à un avortement tubaire qui n'a entraîné qu'un petit hématocéle avec quelques douleurs pelviennes qui se sont calmées. Puis la grossesse se poursuit normalement là ou l'oeuf a la place d'évoluer.

FREQUENCE - RACE - AGE - PARITE

Il est exceptionnel en Europe que ces localisations abdominales parviennent à terme car elles sont opérées dès le début de leur évolution, au moment de la rupture. Les statistiques montrent que la race noire fournit de nombreuses observations mais il ne semble pas que ce soit un facteur racial mais plutôt un facteur social car ces femmes sont mal suivies pendant leur grossesse et peu attentives aux troubles qu'elles peuvent ressentir. C'est pourquoi le Dr Cresté a pû opérer 9 cas de grossesses abdominales dont[6] consultaient parce que le terme était passé de 2 à 3 mois.

L'âge des femmes ne semble pas déterminant : de 25 à 35 ans; de même que la grossesse abdominale se voit aussi bien chez les primipares que chez les multipares.

Dans notre observation aucun antécédent ne pouvait laisser prévoir une grossesse ectopique évoluant à terme.

Aucune étiologique n'a été retrouvée même à postériori de même que l'absence de drame du 3° mois n'a pas facilité le diagnostic.

La constatation "de visu " des adhérences réunissant le sac foetal à l'annexe gauche permet de penser qu'il y a eu probablement une rupture avec trop peu de manifestations cliniques pour alerter la malade.

A N A T O M O P A T H O L O G I E

A - Etude macroscopique

Dans la grossesse abdominale on distinque une forme localisée et une forme diffuse.

1) la forme localisée :

l'oeuf initialement intratubaire se développe ensuite dans l'abdomen mais le placenta reste localisée dans la région tubo-ovarienne.

Dans sa thèse Ghanhui-David trouve sur 21 cas observés :

- 13 cas à point de départ annexiel droit ou gauche.
- 1 aux dépens d'une corne utérine.
- 3 aux dépens de l'ovaire.
- les 5 autres sont d'origine indéterminée.

2) par contre, il existe de nombreux cas où le placenta est diffus, inséré un peu partout avec des cotylédons dispersés sur l'intestin grêle, le colon, l'épiploon, le Douglas, le foie et les gros vaisseaux rendant l'exérèse périlleuse par le risque d'hémorragies catacyclismiques.

I - Etude des différents éléments de l'oeuf :

Il peut exister :

- un sac libre avec chorion et amnions. Mais plus fréquemment le kyste foetal est très mince et le foetus est libre dans la cavité abdominale, très mal protégé contre toutes les agressions.

- la trompe et l'ovaire peuvent être relation étroite avec le sac foetal et des adhérences peuvent être si importantes que l'exérèse est inévitable; ou bien elles sont normales mais tellement hypervascularisées que les pédicules lombo ovariens peuvent atteindre des proportions considérables.

III - A un stade de plus, dans les formes non opérées l'évolution anatomique après le 5° mois est moins sujette aux complications. Par contre, à terme le faux travail entraîne le décollement placentaire et la mort foetale.

"Ensuite, comme l'a rapporté Brindeau en 1926, le foetus peut-être retenu pendant un ou deux ans et quand on le retir on dirait qu'il vient de mourir; il n'est ni macéré, ni ratatiné et présente la couleur d'un enfant normal. Cependant, quand on incise les tissus, on s'aperçoit que les muscles ont pris une coloration jeune qui ressemble à de la dégénerescence graisseuse. Dans d'autres cas, le foetus est macéré. Mais, quand il est retenu plus longtemps dans la cavité ectopique, il se produit un phénomène très particulier que les anciens auteurs avait appelé l'infiltration calcaire; on s'aperçoit à la surface du corps des dépots de Chaux, le foetus à l'aspect d'un foetus en plâtre et lorsqu'on essaie de le couper, il semble qu'on veuille couper de la pierre". Brindeau 1926.

Selon le degré de calcification on a :

le lithopédion (foetus calcifié)
le lithokélyphon (sac calcifié)
le lithokélypodédion (foetus et sac calcifiés)

la littérature rapporte des cas de fistule abdominale libérant "une grande quantité de petits os".

B - L'étude microscopique

Arias Stella en 1956 amena un grand espoir de diagnostic précoce des grossesses ectopiques en décrivant "les atypies" cellulaires de l'endomètre. Elles se résument à ceci :

- hyperplasie nucléaire avec noyau volumineux, chromatique avec des formes bizarres, monstreuses et parfois avec mitoses.
- perte de la polarité nucléaire : le noyau à une place anormale dans la cellule, il est refoulé à la base ou à la partie apicale.
- un cytoplasme vacuolaire, optiquement vide, donc preuve d'une activité intense.

Malheureusement, ce signe d'Arias Stella n'est pas pathognomonique. De Brux a montré qu'on le voit aussi dans :

- le rôle hydatiforme
- chorio épithéliome
- avortement utérin
- grossesse intra utérine
- kyste lutéinique.

Après quelques années Arias Stella écrit lui-même : "On constate que les images se présentaient dans la grossesse normale et que des altérations de l'épithéliome superficiel pouvaient être marquées".

De même, il a été rapporté qu'à l'hôpital de Créteil dans le service de gynécologie, un curetage fut pratiqué à tort sur une grossesse de 6 semaines et des anomalies caractéristiques d'Arias Stella furent décrites.

En 1957, de Brux et Vaissade affirmèrent contrairement à l'opinion d'Arias Stella que le chorion peut présenter des modifications atypiques. C'est une transformation déciduiforme plus ou moins localisée. Le chorion est oedémateux avec des éléments cellulaires à noyaux volumineux, très chromatiques avec mitoses fréquentes. Le cytoplasme est mal limité, clair. Parfois, mais moins souvent, il peut y avoir une hyperplasie fibrocyto-fibroblastique.

Notre manque d'examen histologique ne nous a pas permis de savoir, s'il y avait des signes d'Arias Stella ou une modification du chorion cytogéne.

Malheureusement, le placenta et le foetus retirés au cours de l'intervention n'ont pas été confiés à l'anatomopathologiste et nous n'avons aucun renseignement complémentaire.

ETUDE DE LA GROSSESSE ABDOMINALE A TERME

- Etude clinique

- Examens paracliniques

- Evolution et ses complications

- Diagnostic de la grossesse abdominale à terme

- Diagnostic différentiel

E T U D E C L I N I Q U E

L'aspect clinique de la grossesse abdominale a terme est si peu différent de la grossesse normale que trop souvent le diagnostic n'est pas posé à temps.

En effet, quand on voit pour la première fois une femme dont la grossesse arrive à terme, il faut toujours faire un retour en arrière de manière à savoir comment s'est déroulé toute la gestation.

Ainsi, l'interrogatoire portera sur 2 stades bien différents de l'évolution :

1) Avant le 5° mois.

Il faut connaître le passé gynécologique et obstétrical de la femme.

Pour cela, il faut chercher dans les antécédents l'existense possible

- d'infections génitales (gonococcie, tuberculose)
- d'avortements spontanés ou provoqués
- d'une période de stérilité ou de médiocre fécondité

Ces malades racontent avoir ressenti des douleurs qui peuvent être de 2 sortes :

soit - à type de coliques salpingées évoluant par périodes avec intervalle libre, évoquant un avortement tubaire.

soit - une douleur plus ou moins brutale donnant un tableau dramatique de rupture intra abdominale, douleur syncopale dans 10% des cas selon Thoyer-Rozat et Dufay.

Des métrorragies sont retrouvées dans 92% des cas. Classiquement peu abondantes, mais en fait elles peuvent être importantes avec des débris de caduque faisant craindre une menace d'avortement. (Fu ck-Brentano). Elles sont de sang noir 50% rouge ou alterné.

Quelquefois, l'interrogatoire n'apprendra rien. Le début de la grossesse a été sans aucune symptomatologie particulière et ceci est en faveur d'une grossesse abdominale primitive (Cresté).

2) Après le 5° mois.

La grossesse évolue ensuite normalement, la malade oublie les douleurs et les hémorragies des premiers mois.

Puis aux environs du terme, elle peut présenter :

- des phénomènes douloureux à type de colique, d'apparition soudaine, déclenchés par les mouvements du foetus.
- des troubles digestifs de type occlusif ou sub occlusif qui permettent de dire que "l'occlusion chez une femme enceinte n'ayant pas de cicatrice de coeliotomie devait éveiller · l'idée d'extra-utérine". Pinard.

Ces troubles sont liés à la compression directe des anses, à leur agglutination au voisinage du sac ovulaire, ou à leur strangulation par des brides péritonédes.

- des troubles urinaires { dysurie
  pollakiurie

A l'examen à terme :

La grossesse est évidente :

- l'abdomen est augmenté de volume
- on perçoit les mouvements du foetus
- la mensuration abdominale est à peu près celle d'une grossesse utérine de même âge
- à la palpation, la masse abdominale n'est pas régulière, elle est de constance inégale, mal limitée.

Son grand axe est transversal. Les petites parties du foetus peuvent être perçues sous la peau ou au contraire être inaccessibles.

- les bruits du coeur sont plus ou moins audibles en raison de la position variable du foetus.
- le toucher vaginal apprécie l'état du col qui est toujours long et fermé, refoulé en avant et en haut. C'est un signe très important, car il est retrouvé dans la plus grande majorité des observations.
- le toucher vaginal combiné au palper abdominal associé à une injection de post-hypophyse faciliterait l'identification de l'utérus et d'une masse abdominale distincte.

Technique :

- injection sous-cutanée de 1U. d'extrait post-hypophysaire
- attendre 15 minutes
- s'il n'y a pas de réponse, faire une nouvelle injection de 5 unités; on obtient ainsi : la contraction de l'utérus alors que l'autre masse n'est pas contractile.

Si la grossesse est reconnue comme étant intra-utérine, l'administration de sédatifs relâche la musculature utérine.

Tels sont les données cliniques déjà suspectes qui demanderont l'aide d'examens complémentaires pour préciser le iagnostic et établir un pronostic aussi bien maternel que foetal.

E X A M E N S P A R A C L I N I Q U E S

Etant donné la difficulté du diagnostic de grossesse abdominale à terme il faut essayer de mettre en présence le maximum d'arguments.

A terme.

1) la radio de l'abdomen sans préparation est le moyen le plus simple, le moins dangereux et est largement susceptible de contribuer au diagnostic.

Elle montre d'après Collard, Margis et Tournoy : (4)

- la topographie anormale du foetus qui est haut situé, au dessus du détroit supérieur, et plus souvent transversal, en contact avec la paroi abdominale antérieure ou avec le rachis.
- le contact du foetus avec les anses iléales maternelles.
- la finesse inhabituelle de la structure osseuse du foetus et spécialement des petites parties. Le crâne n'est pas fléchi sur le rachis et il se produit une lordose car le sac foetal est plus souple que l'utérus et permet des positions aussi variables qu'inattendues, L'absence d'ombre utérine et pas de placenta sur les clichés de face et de profil.

Enfin l'existence :

- d'un signe de Spalding c'est à dire le chevauchement des os du crâne en dehors de tout travail

- d'un signe de Jaugman qui est l'étirement des vertébres lombaires et dorsales, conduira à l'affirmation de la mort foetale.

Le cliche de profil peut montrer un signe inconstant décrit par Weinberg : le vertex de la tête foetale se trouve parfois en situation si postérieure que son image se projette sur les vertèbres lombaires maternelles ce qui ne se verrait jamais avec le foetus intra-utérin.

C'est seulement dans le cas de la mort foetale qu'on est autorisé à pratiquer une hystérosalpingographie à la diodono polynidone qui visualisera la vacuité utérine et nous renseignera sur la topographie et la perméabilité des trompes.

Si malgre la présomption de grossesse extra-utérine, l'hystérosalpingographie était pratiquée sur une grossesse intra-utérine elle n'entrainerait qu'une amorce de travail due au décollement des membranes avec la soude mousse.

L'erreur ne serait donc pas grave si l'enfant est à terme.

2) En dehors de la pratique courante, dans un but de recherche dans un service spécialisé on pourrait tenter une artériographie rétrograde qui injecterait le placenta et permettrait de connaître sa situation, ses insertions, son étendue et ses rapports.

Cet examen rendrait service à l'opérateur qui pourrait ainsi prévoir les difficultés d'exérèse et d'hémostase.

3) Enfin plusieurs tests pharmacologiques ont été proposé pour différencier l'utérus de la masse abdominale. Ils

sont tous basés sur la propriété qu'à l'extrait post-hypophysaire de faire contracter l'utérus.

Ce sont les tests de Stein
de Reeb
de Crosss
de Suspan

Seules leurs modalités techniques varient.

4) Après cinq mois et à plus forte raison à terme le dosage des gonadrophines a peu d'intérêt car leur taux est celui d'une grossesse se développant normalement sans tenir compte de son siège. Or, ici le placenta a une activité normale ou subnormale sans différence avec le placenta intra-utérin.

Par contre, lors des hémorragies du début de la grossesse un diagnostic biologique de grossesse pratiquée selon les 3 méthodes

- de Friedmann sur la lapine
- de Gailli-Mainin sur rana esculenta
- de diagnostic immunologique *

aurait montré une discordance des résultats évocatrices d'une

---

* Ce test immunologique est basé sur le principe d'hémagglutination de globules rouges de moutons sensibilisés par un sérum de lapin également sensibilisé. Cette sensibilisation est provoquée par la gonadotrophine chorionique.

En présence d'une urine contenant des hormones gonadotropes, la réaction d'hémagglutination sera bloquée et les globules rouges sédimentent rapidement. Lecture en 2 à 3 heures.

hémagglutination
réaction négative

réaction positive

Tableau schématique des renseignements apportés par les investigations paracliniques dans le diagnostic de grossesse ectopique avant les accidents de rupture

NATURE DES EXAMENS	RESULTATS		
Réaction biologique	positive		négative
Dosage de gonadotrophines chorioniques (en UII)	+ 10.000 UI GEU peu probable	entre 100 UI et 10.000 UI GEU possible ou probable	- 100 UI GEU possible
Examen histologique après curetage ou biopsie d'endomètre	exploration endontérine interdite		villosités = GEU exclure R. déciduale ou S. Arias-Stella = GEU possible pas S. Arias-Stella = GEU peu probable !
H S G	contre indiquée		+ GEU pratiquement certaine nég. GEU très peu probable
Ponction du Douglas	à faire en cas de rénitence ou de sensibilité du cul de sac post (éventuálité rare avant la rupture). + GEU très probable - GEU très possible		
Coelioscopie	indiquée toutes les fois qu'un doute persite + GEU traitement probable - pas de GEU		

MAGRIN

E V O L U T I O N E T S E S

C O M P L I C A T I O N S

Les difficultés des 3° et 4° mois ayant été apparemment surmontées ou négligées. On peut être amené à voir la malade :

- avant terme pour des troubles de compression sur les organes de voisinage.
  - rein, uretère, vessie
  - intestin
- à terme ; les douleurs surviennent rytmées de plus en plus rapprochées mais la dilatation ne se fait pas; le col est fermé, la présentation reste haute. C'est un faux travail. Il se révèle très dangereux pour le foetus. On constate que les bruits du coeur s'accélèrent, s'assourdissent et le foetus meurt puis les contractions utérines s'espacent et s'arrêtent.

Ainsi Cresté a eu l'occasion de voir 6 femmes sur 9 qui consultaient parce que le terme était passé de quelque semaines ou même quelque mois.

L'abdomen est alors diminué de volume, il y a eu une montée laiteuse.

A l'examen :

- le foetus est haut situé, plus ou moins perçu sous la peau.
- le col est dur, antérieur,
- parfois même, il y a eu réapparition des menstruations

La radio montre le foetus extra utérin
et un signe de Spalding.

L'hystérosalpingographie a ici toute sa valeur, elle montre la vacuité utérine et l'indépendance du foetus par rapport à l'utérus.

Que devient le foetus ?

L'enfant mort, la rétention commence, elle est en général très bien tolérée par l'organisme.

Si la quantité de liquide amniotique est suffisante ;
il macère
sinon : il se momifie
il se calcifie

Un cas de lithopédion a été rapporté en 1964 par Bertrand, Dumont, Bérard et Etienne Martin (2) chez une femme de 33 ans ayant subi auparavant une salpingotomie droite et une salpingotomie gauche pour stérilité.

Dans nos régions, on ne voit que rarement cette évolution. Par contre, dans les pays peu évolués la rétention peut durer de longs mois et même de longues années, comme l'a rapporté

Muradinov (Moscou) en 1962. Cette rétention avait duré 42 ans.

Après un certain temps de rétention, la fistule est toujours possible avec évacuation des débris foetaux par le rectum (ainsi que l'a écrit Laiosh Yugas (Moscou) 1961 (63)), le vagin, la vessie ou même la peau de la paroi abdominale. Quand la proximité de l'intestin entraîne une infection, il se produit une véritable putréfaction de tous les organes environnants. Il faut alors intervenir d'urgence pour éviter une toxi-infection ou une diffusion du processus de putréfaction.

On voit donc que même après le terme, la mère n'est à l'abri, ni d'hémorragies dans un décollement du placenta, ni d'infection, ni de toxémie gravidique, 10% plus fréquente dans la grossesse extra-utérine.

DIAGNOSTIC DE LA GROSSESSE ABDOMINALE A TERME

On devra penser à la possibilité d'une grossesse abdominale à terme dans deux circonstances tout à fait différentes.

1) dans le cas de la grossesse prolongée avec enfant mort.
L'interrogatoire permet de retracer toute l'histoire :
   - début hémoragique, douloureux puis calme.
   - milieu de la grossesse entrecoupé de phénomènes sub occlusifs
   - enfin faux travail quand la grossesse est à terme.

Au toucher vaginal
   - le col est long, fermé, haut sous la symphyse
   - la présentation est haute
   - la masse utérine est petite, derrière la symphyse; sa dureté est sensibilisée par le test de l'hypophyse.

Enfin, des radios de face et de profil apportent des arguments de valeur comme nous l'avons vu.

2) dans l'autre processus, l'approche du diagnostic est moins directe : c'est lé cas d'une présentation haute avec enfant vivant - là encore les radios de face et profil permettront de faire le diagnostic et l'anamnèse apportera les arguments cliniques pour compléter ce tableau typique mais de diagnostic néanmoins difficile

D I A G N O S T I C D I F F E R E N T I E L

Le diagnostic différentiel se présente de manière très variable selon les circonstances qui amènent la malade à consulter.

Ce peut-être un syndrome douloureux, qui peut être pris pour :

une colique néphrétique
une colique hépatique

un syndrome infectieux

péritonite
salpingite
nécrobiose d'un fibrome

un syndrome chirurgical

torsion de kyste
torsion de fibrome

un syndrome hémorragique

placenta praenia
rupture utérine
hématome rétroplacentaire

une dystocie

grossesse sur utérus malformés (intérêt de
hystérosalpingographie)
grossesse prolongée
foetus en position transverse

Woodard Beacham (New Orléans) donne la statistique suivante pour diagnostic pré-opératoire (voir Rellé)

grossesse abdominale 18
grossesse plus fibrome 2
grossesse plus kyste 2
rupture de grossesse extra utérine 11
position transverse 3
foetus mort plus toxémie 1
foetus et hydromnios 1
utérus fibromateux et grossesse 2

Pour notre malade, le diagnostic pré-opératoire a été de mort foetale causée par une rupture utérine.

T R A I T E M E N T

L'esprit dans lequel il faut aborder le traitement de grossesse abdominale est différent selon l'époque à laquelle le diagnostic est posé. En effet, il faut tenir compte de la valeur incertaine du foetus souvent malformé et des risques que court la mère à tout moment de la gestation.

- Au début de la grossesse c'est à dire avant le 5° mois dès que le diagnostic est posé, l'accord est unanime chez tous les auteurs pour recommander l'intervention immédiate qui vise à débarrasser l'organisme maternel du produit de conception, à réséquer la trompe s'il y a eu rupture tubaire à moins qu'une salpingoplastie soit possible et à laisser l'ovaire en place.

- Par contre, après le 5° mois la décision dépendra de l'enfant :
  - est-il vivant ? Jarcho et le Lorier conseillent d'attendre le terme sous surveillance médicale stricte de manière à intervenir avant le faux travail qui est fatal à l'enfant.
  - est-il mort ? beaucoup pensent qu'il faut attendre que le placenta ait perdu de son activité afin d'éviter les hémorragies abondantes. Ce délai demande environ 6 à 8 semaines (Cresté). D'autres, affirment que cette méthode expose la mère au

risque d'infection, de toxémie gravidique, de perforation intestinale et de fibrinolyse et préférent opérer sans attendre.

Technique Opératoire

- la voie d'abord conseillée est l'incision médiane sous ombilicale
- l'incision du sac doit éviter les zones vascularisées
- extraction du foetus
- placenta : c'est là qué réside le problème majeur car, ainsi que l'anatomo pathologie nous l'a montré le placenta est le plus souvent difficile à extraire étant donné ses insertions étendues dans l'abdomen et les risques très grands d'hémorragie à laquelle son exérèse expose le malade.

HRESHCHYSMYN, BEN BOGEN et LOUGHRAN après avoir analysé 101 cas de grossesses abdominales proposent 3 méthodes :

- le placenta laissé "in situ" en particulier quand il est diffus, avec des villosités choriales implantées dans les organes nobles.

Mais les suites opératoires sont beaucoup plus difficiles et la mortalité est plus élevée avec cette technique 2% et la morbidité est plus grande aussi car les complications secondaires sont fréquentes :

- soit hémorragie par décollement du placenta
- abcès intra abdominal
- occlusion

et même des séquelles tardives faites de douleurs, malaises fièvre, même de longues années après l'intervention.

Il y a réintervention dans 25% de ces cas.

2) autre technique, la marsupialisation qui consiste à fixer le sac foetal aux deux lèvres de l'incision abdominale et à poser une mèche qui permet l'évacuation progressive du placenta. C'est une solution que tous les auteurs évitent au maximum car elle est inélégante, inconfortable et expose à infection malgré l'antibiothérapie actuelle.

3) reste l'ablation immédiate du placenta dans sa totalité autant qu'il est possible sans risquer une hémorragie cataclysmique qui mettrait en jeu la vie de la malade.

Elle peut-être associée ou non au drainage. Actuellement les techniques de réanimation, de transfusion et l'antibiothérapie permettent de limiter les risques et on s'accorde pour préférer l'ablation; on recommande même si c'est nécessaire, l'ablation de l'organe sur lequel est greffé le placenta afin d'éviter de laisser dans l'abdomen une porte d'entrée à une complication.

Il est parfois inévitable d'adjoindre une hystérectomie,

- une salpinpectomie
- une réssection d'anse intestinale
- une résection d'épiploon.

Cependant, il faut savoir tenir compte du passé obstétricale de la femme. S'il s'agit d'une primipare, il faut être conservateur au maximum. Par contre, si une nouvelle grossesse devait mettre la vie de la malade en danger, il serait sage de faire une ligature des trompes qui lui apporterait une certaine sécurité sans pertuber son équilibre hormonal.

C'est pourquoi l'hystérectomie ne sera pratiquée qu'en cas de nécessité, soit parce que l'hémostase est impossible, soit qu'il est endommagé.

En ce qui nous concerne :

- l'ablation de la plus grande partie du placenta a été possible
- l'annexe gauche a été enlevée
- le tamponnement par mèche associé à une injection de post hypophyse est venu à bout de l'hémorragie
- enfin, un drain a permis une évolution facile, apyrexique sans complication jusqu'à ce jour
- un apport de 7 flacons de sang a permis d'échapper au risque hémorragique.

P R O N O S T I C

Le pronostic maternel a été très modifié par l'antibiothérapie, et la réanimation et en particulier par la possibilité de faire des transfusions massives.

- En 1926, Brindeau donne une statistique avec 30% de mortalité. Un peu plus tard en 1948, Ware présente une série de grossesse abdominale avec 30% de mortalité. En 1959, MacKay montre que la mortalité maternelle est touchée à 10% environ. Le choix du traitement a sûrement une importance primordiale. HRESHCHYSHR (6) a montré que sur les 101 cas, il y a eu 2 morts naturelles (placenta laissé in situ). Par contre, Ngahoui-David n'a eu aucun décès sur 21 cas.
- La morbidité est plue élevée quand le placenta est laissé in situ comme l'a encore écrit Hreshchyshr, le séjour hospitalier est plus long et les séquelles infectieuses et douloureuses obligent à une réintervention de 25% des cas.
- Le pronostic à long terme est moins satisfaisant car la majorité de ces femmes dont la fécondité était médiocre sont ensuite stériles ou font des localisations ectopiques lors de grossesses ultérieures ou même font des récidives de localisation abdominale.

Par contre, la littérature rapporte des cas, peu nombreux malheureusement de grossesse normale avec enfant normal après une grossesse abdominale.

Pour le choix du traitement, il ne faut donc pas préjuger de l'avenir et il faut donner dans la mesure du possible à la patiente le maximum de chances pour mener à bien des grossesses ultérieures.

Quant à notre malade, 2 ans se sont écoulés depuis l'intervention sans qu'elle ait eu de grossesse depuis cette époque une dyspareunie importante pertube la vie conjugale de ce ménage. Par ailleurs, l'hystérosalpingographie pratiquée en mars 1967 a mis en évidence que la trompe droite n'est pas perméable alors que la gauche a été reséquée. L'avenir est donc bien sombre.

Le pronostic foetal est fonction d'un diagnostic précoce, en tout cas avant le début de faux travail.

	Nombre de cas	enfants morts	enfants vivants			
			survie - 1 an	2 à 5 ans	5 ans >	mal-formés
En 1935 Labry-Notter et Ducourt(61)	249	140	50%	10%		50%
Burlesson et Bragg	316	258				
Winckle	303	171	50%	32%	18%	30%
MacKay 1959	parle 1/4 d'enfants nés vivants et parmi eux la 1/2 survit la première semaine.					

EN RESUME :

Toutes les publications s'accordent pour montrer que :

- 1/3 des enfants sont morts à la naissance parmi les survivants
- 30% sont malformés et meurent dans la première année

La survie supérieure à 5 ans ne se retrouve que 15% des cas.

Parmi ces enfants vivants : une jeune fille de 19 ans, produit d'une grossesse extra utérine a fait l'objet d'une publication en 1960 par Matusovsky, et Nghaoui-David cite parmi ses 21 cas une petite fille de 4 ans.

ANNEE	OBSERVE A	DIAGNOSTIC PREOPERATOIRE	TRAITEMENT	PRONOSTIC MATERNEL	PRONOSTIC FOETAL
1960	(35) Jamaïque			G.normale 2ans après	
	(84) Tananarive	Grossesse d'apparence normale jusqu'au 6° mois puis phénomènes douloureux au 8° mois Radio : foetus transverse	placenta laissé in situ après un mois le placenta tend à s'extérioriser sous la peau. incision	bonnes suites	♂ 2600 g vivant malformé tête torticolis pieds bots † après 8 heures
	(66) Scandinavie	rupture utérine silencieuse ou grossesse abdominale	ablation du placenta - transfusion massive	suites simples	♂ 3000 g vivant normal sauf petit hydrocèle à gauche
1961	(33) Alger	rétention ectopique avec oeuf mort	ablation de la poche foetale purulente		foetus momifié normal 2000 g
	(21) Indonésie	grossesse plus fibrome utérin puis grossesse abdominale avancée	placenta laissé in situ pas de drainage	suites simples	♀ 1580 g vivante normale
	Ouest France	grossesse plus masse tumorale associée ou grossesse abdominale atypique	ablation du sac et du placenta hystérectomie	bon	foetus macéré 1 Kg

1963	(12)	rupture de la grossesse abdominale	- transfusion - ablation d'une partie du placenta - ligature du pédicule lombo-ovarien - ablation annexe D et trompe G.	bonnes suites	mort maderé, libre des anses intestinales
	(47) Lens	post maturité rétention foetale	- ablation du placenta et trompe G - ligature du pédicule lombo-ovarien	HSG (utérus normal trompe droite perméable)	foetus 1900 g vivant
	(100) Brousse 1er cas		hystérectomie subs-totale ablation annexe D	suites simples	♀ 9300 g vivante normale
	2ème cas		ablation partielle du placenta hémorragies +++	suites simples	♀ 2400 g vivante normale
	3ème cas				mort
1964	(19) France (2)	grossesse ectopique	ablation difficile du placenta et du lithopédion -coeliectomie -hystérectomie	suites fébriles puis bon rétablissement	lithopédion infecté

1965	(1) Brest	sacculation du segment inférieur de l'utérus tête engagée	ablation facile du placenta sans drainage pas de colylédas ailleurs ablation pavillon G.	bon	♀ 2300 g vivante bien conformée
	(1) Vannes	rétention d'oeuf mort † foetal datant de 6 mois	ablation du placenta	bon	mort
	(8) Montbéliard		ablation facile du placenta	suites simples	♀ 2400 g vivante léger aplatissement latéral de la tête
	(9) Ouest de France			bon	très vivant sans malformations apparentes mais décédé quelques heures après

C O N C L U S I O N

A la fin de l'étude de la grossesse abdominale à terme et de la confrontation avec l'observation qui nous occupe, on ne peut que regretter de ne pas avoir eu l'idée de ce diagnostic.

En effet, nous avons en présence quelques éléments suggestifs :

- début de grossesse avec métrorragies
- puis accalmie
- terme dépassé de 15 jours
- col long, fermé en haut sous la symphyse
- radio évocatrice.

Le tableau précédent met en évidence que la grossesse abdominale n'est pas seulement l'apanage des pays dits sous développés.

Aussi devant une femme à terme:

- dont le col est long, fermé, haut sous la symphyse
- chez qui le foetus est en position transverse

il faut pratiquer des radios de face et de profil qui donneront la clé du diagnostic.

Quant à la conduite à tenir, nous partagerions volontiers l'avis de Auton Sunde (10) qui propose de prévenir la patiente de la localisation abdominale de sa grossesse, de lui en montrer les dangers, de lui offrir l'intervention dès que le diagnostic est posé ou bien attendre sur surveillance stricte l'approche du terme pour opérer.

Auton Sonde pense que les difficultés de contrôler l'hémorragie au moment de l'intervention dans la grossesse abdominale avancée semble être un peu exagérées.

Il conseille donc l'ablation du placenta étant donné les possibilités actuelles de transfusion massive.

Son opinion sur le pronostic foetal rejoint celle de Nghaoui-David, à savoir que les malformations sont moins fréquentes que la littérature le laissait prévoir.

B I B L I O G R A P H I E

1 - AUBERT W. - Sur un heureux cas de grossesse abdominale à terme avec enfant vivant.- Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., av.-mai 1966, 18, n°2, 175-179.

2 - BERTRAND P., DUMONT M., BERARD P. et ETIENNE-MARTIN M. - Une observation de grossesse abdominale au septième mois.- Lyon méd., 27 juin 1965, 97, n°26, 1857-1866.

3 - BOUCHET A. et MARIN A.- Un cas de grossesse tubaire rompue au sixième mois. Lyon méd., 20 fév. 1966, 98, n°8, 482-489.

4 - COLLARD M., MAGIS P. et TOURNOY P.- Diagnostic radiologique des grossesses extra-utérines à terme. (A propos de 8 observations).- Presse méd., 26 mai 1965, 73, n°26, 1523-1528, 16 fig. (Bibliogr.).

5 - FELBO M. et FENGER M.J.- Association de grossesses intra et extra-utérine arrivées à terme.- Acata obst. gyn. scand., 1966, 45, n°2, 140-154 (Bibliogr.).

6 - HRESHCHYSHYN, BEN BOGEN et LOUGHRAN Ch.H.- Quel est, en fait, le traitement actuel du placenta dans la grossesse abdominale avancée.- Am. J. Obst. Gyn. fév. 1961, 81, n°2, 302-317, 12 tabl. (Bibliogr.).

7 - LALUQUE P., FILLAUDEAU G., TCHUENBOU M. et DOOH R. - Grossesse extra-utérine à terme avec enfant vivant.- Méd. trop., mai juin 1965, 25, n°3, 375-378.

8 - PERCHER P. et ESCHBACH J. - Observation d'une grossesse extra-utérine à terme, avec enfant vivant, chez une primipare.- Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., nov.-déc. 1965, 17, n°5, 532.

9 - RIGOLLET P., PLESSIS J. et VILAIN B.- Une observation de grossesse abdominale avancée.- Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., sept.-oct. 1965, 17, n°4, 350.

10 - SUNDE A.- Grossesse extra-utérine avancée.- Acta obst. gyn. scand., 1965, 44, n°1, 159-162.

11 - THOMPSON L.R.- Grossesse abdominale à terme avec ablation tardive du placenta.- Am. J. Surg., fév. 1966, 111, n°2, 272-273.

12 - THUAUD J., MICHON G. et JARROUSSE J.- Grossesse abdominale rompue au 6ème mois. Exérèse du placenta. Guérison.- Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst., sept.-oct. 1963, 15, n°4, 521-522.

13 - VELLASCO R.O. et SANTOS O. da R.- Grossesse abdominale d'une durée de deux cent cinquante deux semaines.- An. brasil. Gin., av. 1965, 59, n°4, 147-155.(Bibliogr.) (résumé français).

14 - MERGER.- Précis d'obstétrique.

15 - MAGRIN

16 - Hélène MICHEL et WOLFROM.- Causes et traitement du vaginisme dans Actualités gynécologiques.

17 - BECLERE Claude.- Gonadotropines dans le diagnostic des grossesses tubaires. Gonadrophines en gynécologie p. 303. Encyclopédie médico-chirurgie. Thoyer Rozat et Dufay.

18 - BARBER J.F. et RATHBURN L.S.- Grossesse abdominale à terme avec survie de la mère et de l'enfant.- Am. J. Obst. Gyn., oct. 1958, 76, n°4, 822-823.

19 - BERTRAND P., DUMONT M., BERARD P. et ETIENNE MARTIN M.- Une observation de grossesse abdominale au 7ème mois.- Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., nov.-déc. 1964, 16, n°5, 559-560.

20 - BEST F. et STRAUBE W.- Un cas de grossesse extra-utérine partiellement intra-ligamentaire à terme révélant l'aspect d'un abdomen aigu.- Munech. med. Wschr., 19 août 1955, 97, n°33, 1051-1953.

21 - BRADSHAW J. - Un cas de grossesse abdominale avancée.- Brit. Med. J., 18 mai 1963, n°5341, 1330.

22 - BREY J. - Un cas de grossesse extra-utérine avec enfant vivant.- Zbl .. Gyn., 10 oct. 1959, n°41, 1622-1627 (Bibliogr.)

23 - BROCHIER A., MAGNIN P., GUILLEMIN G. et PUGEAUT R.- Grossesse tubaire ayant évolué jusqu'au 7ème mois. (Etiologie tuberculeuse probable). Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., av.-mai 1956, 8, n°2, 192.

24 - BRUN-BUISSON.- A propos d'un cas de grossesse double extra et intra-utérine à terme (2 enfant vivants). Hôpital de Lome (Togo français).- B.M. Sté Chir. Paris, 1964, 54, N°4, 131-133.

25 - BURGER P. - Grossesse extra-utérine avancée. Gyn. Obst., 1947, 46, n°3, 404-405.

26 - CHALMERS J.A. - Un cas de grossesse abdominale menée à terme.- Prastitioner, juil. 1962, 189, n°1129, 68-71 (Bibliogr.).

27 - CHAPMAN J.D.- Grossesses intra-utérine et abdominale simultanées menées à terme : relation d'un cas.- J. Internat. Coll. Surgeons, fév. 1957, 27, n°2, 194-196 (résumé français).

28 - CISMIGIU F. et DROGOUL F.- Grossesse extra-utérine intra-ligamentaire à terme, enfant vivant.- Maroc méd., août 1955, 34, n°363, 1054.

29 - CLARK J.F.J. et BOURKE J.- Grossesse ectopique avancée.- Am. J. Obst. Gyn., août 1959, 78, n°2, 341-350, 5 fig.(Bibliogr.).

30 - CRESTE M.- Présentation de 9 grossesses abdominales à terme avec un enfant vivant.- Gynéc. Obst.,août-oct. 1956, 55, n°4, 427-434.

31 - CRESTE M.- Neuf grossesses abdominales à terme.- Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., août-sept. 1956, 8, n°4, 489.

32 - DAVEO J.P., PAOLI J., VIEILLE et EYRAUD-JOLY.- Grossesse abdominale à terme atypique.- Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., juin-juil. 1957, 9, n°3, 370-371.

33 - DEMING F.- Grossesse extra-utérine à terme avec délivrance d'un enfant normal et mère vivante.- Am. J. Obst. Gyn. nov. 1948, 56, n°5, 962-965 (Bibliogr.).

34 - DHERY.- Une observation de gestation tubaire ayant évolué sans rupture jusqu'au 8ème mois.- Gynéc. Obst. (suppl.), 1954, 6, n°1, 36.

35 - DIXON H.G. et STEWART D.B.- Grossesse extra-utérine avancée.- Brit. Med. J., 15 oct. 1960, n°5206, 1103-1111, 8 fig. (Bibliogr.).

36 - DURGAN M. et ABERGEL R.- Un cas de grossesse abdominale à terme avec enfant vivant.- Maroc méd., août 1959, 38, n°411, 1235.

37 - DOWJENKO G.I.- Un cas de grossesse extra-utérine portée à terme. Akoucherstvo Guinek. (Moscou), 1954, n°2, 87-88.

38 - DUCRET J.C.C.- A propos d'une gestation ectopique ayant évolué jusqu'à terme avec enfant vivant.- Thèse Paris, 19 juin 1947, n°385, 101 pp.

39 - ERB H., KELLER M. et WENNER R.- Elimination hormonale dans la grossesse abdominale avancée.- Gynaecologia, 1964, 157, n°3, 129-134.

40 - FERNANDES M. et NETO M.- Grossesse ectopique à terme.- An. brasil. Gén., janv. 1959, 47, n°1, 31-42, 6 fig. (Bibliogr.) (résumé français).

41 - FRACHTMAN K.G.- Grossesse tubaire à terme non rompue.- Am. J. Surg., août 1953, 86, n°2, 161-168, 6 fig. (Bibliogr.).

42 - GARMIER R. et CHARVET F.- Grossesse abdominale à terme avec enfant vivant.- Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., 1955, 7, n°5, 555-556.

43 - GAUCHERAND.- Grossesse extra-utérine à terme; difficultés du diagnostic; intervention tardive; guérison.- Gynéc. Obst., 1948, 47, n° 6bis, 1139-1140.

44 - GAUJOUX E. et FAYOT G.- Grossesse extra-utérine à terme avec enfant vivant normal.- Gyn. Obst., 1947, 46, n°3, 374.

45 - GEAI H.- Sur un cas de grossesse abdominale ayant dépassé le terme avec délivrance d'un enfant vivant.- Thèse Bordeaux, 1957, n°203.

46 - GERNEZ L. et POIRET Cl.- Considérations sur l'accouchement par le vagin de deux enfants extra-utérins, à terme, avec survie de l'un d'eux; guérison des mères.- Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., 1954, 6, n°4, 490-495 (Bibliogr.).

47 - GERNEZ L., POIRET C. et DEHAUT G. - Grossesse interstitielle ayant évolué jusqu'au voisinage du terme (représentation du film opératoire).- Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., jan.-mars 1964, 16, n°1, 51-52.

48 - GRISILLON M.- Découverte opératoire d'une grossesse extra-utérine à terme avec enfant vivant.- Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., av.-mai 1958, 10, n°2, 205.

49 - GUYMOND V.- Un cas de grossesse abdominale à terme.- Laval méd., déc. 1956, 21, n°10, 1352-1358.

50 - HARRIS M.H.- Grossesse abdominale avec survie foetale et maternelle.- Surgery, mai 1954, 35, n°5, 793-794 (Bibliogr.).

51 - HARRY L., DENOON jr et CAREY HENDERSON W.- Grossesse ectopique. Gestation de 8 mois, gardée 8 ans.- Am. J. Surg., fév. 1944, 63, n°2, 257-258 (Bibliogr.).

52 - HERBERT J.J. et BOURBON P.- Un cas de grossesse tubaire à terme avec enfant vivant suivie d'une grossesse normale.- Mém. Acad. Chir., 1963, 89, n°32-33, 893.

53 - HOUEL J.E., SCHEBAT L., MONTERO M., SCHEBAT Cl. et PIETRI J. Grossesse tubaire au 8ème mois. Rétention prolongée de l'oeuf mort.- Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. sept-oct. 1962, 14, n°4, 507-508.

54 - HOULME P.- Considérations à propos d'une grossesse abdominale ayant évolué jusqu'aux environ du terme chez une tuberculeuse génitale traitée.- Rev. franç. Gyn. Obst., fév. 1959, 54, n°2, 83-90.

55 - HUBINONT G. et HIBINONT P.O. - Un cas de grossesse abdominale à terme. Complication secondaire d'une myomectomie.- Bruxelles méd., 14, juin 1953, 33, n°24, 1256-1269, 4 fig. (Bibliogr.).

56 - HUNTER R.M., HARTLEY A.A., TROPEA F. jr et ULIN A.W.- Grossesse abdominale suivie de l'élimination du placenta à travers la vessie. Am. J. Obst. Gyn., sept. 1958, 76, n°3, 539-541.

57 - JAFFE I.A.- Grossesse abdominale; survie de la mère et de l'enfant.- New York State J. Med., 1er Juin 1957, 57, n°11, 1956-1957. (Bibliogr.).

58 - KARIKS J.- Grossesse gémellaire à terme : un foetus dans l'utérus, l'autre dans la cavité abdominale.- Med. J. Australia, 11 juin 1960, 1, n°24, 937.

59 - KING G.- Grossesse extra-utérine avancée.- Am. J. Obst. Gyn., av. 1954, 67, n°4, 712-740, 16 fig.

60 - KREMLING H.- Grossesse extra-utérine avancée et infectée. Zbl. Gyn., 1954, 76, n°8, 306-309 (Bibliogr.).

61 - LABRY R., NOTTER A. et DUROUX P.E.- A propos du traitement chirurgical des grossesses abdominales à terme.- Lyon Chir., nov. 1957, 53, n°6, 873-880, 6 fig.

62 - LAIME J. - La survie des enfants nés de grossesse extra-utérine.- Thèse Paris, 1er juil. 1946, n°567, 20.

63 - LAIOSH YUGAS.- Sortie du foetus par le rectum lors d'une grossesse extra-utérine. Akouchersto Guinek. (Moscou), 1961, n°1, 99.

64 - LANGE P.- Grossesse ectopique avancée. Relation d'un cas.- Acta obst. gyn. scand., 1958, 37, n°1, 62-68 (Bibliogr.).

65 - LEPAGE F. et LECONTE G.- G.E.U. à terme méconnue; accouchement par les voies naturelles d'un enfant vivant; mort de la mère.- Gyn. Obst. 1948, 47, n°5, 706-709.

66 - LINDGREN G.- Un cas de grossesse à terme du pavillon tubaire avec mise au monde d'un enfant vivant.- Acta obst. gyn. scand., 1960, 39, n°1, 131-142 (Bibliogr.).

67 - MAGALHAES NETTO J.M. (de).- Grossesse ectopique avancée. Considération à propos de trois cas.- Rev. Gin. Obst., mai 1953, 1, n°5, 342-351, 5 fig. (Bibliogr.).

68 - MAGALHAES NETTO J.M. (de) et SOUZA J.C.- Grossesse extra-utérine intra-ligamentaire avec foetus vivant.- Rev. Gin. Obst., mai 1958, 102, n°5, 491-500 (Bibiogr.) (Résumé français).

69 - MAGIS P.- Six ans de grossesse abdominale à terme.- Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., janv.-mars 1964, 16, n°1, 2.

70 - MANSOUR N.- Contribution à l'étude de la grossesse abdominale aux environs du terme avec relation d'un cas.- Thèse Paris, 1961, n°781, 84 pp.

71 - MARTINEZ A.R. et SAMPAIO N.A.P.- Grossesse abdominale à terme avec foetus vivant.- Rev. Gin. Obst. août 1959, 105, n°2, 221-232, 5 fig. (Bibliogr.) (résumé français).

72 - MASON L.W.- Grossesse abdominale avancée. Traitement du placenta. 3 cas.- Am. J. Obst. Gyn., mais 1940, 39, n°5, 756-762.

73 - MENDEL E.B. et Mac RAE M.- La grossesse abdominale : relation de 4 cas à terme.- J. Internat. Coll. Surg., oct. 1955, 24, n°4, 457-465 -Bibliogr.) (résumé français).

74 - MERZ G., MARTIN G., RAZAFINDRANOVONA et MARQUE B.- Deux nouveaux cas de grossesse abdominale à terme avec enfants vivants.- Mém. Acad. Chir., 1963, 89, n°30-31, 826-829.

75 - MEYNARD M.- Fistule colique consécutive à une grossesse extra-utérine abdominale à terme.- Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., sept.-oct. 1962, 14, n°4, 469-470.

76 - MIRGON.- Deux cas de grossesse extra-utérine à terme : le premier : lithopédion à terme; le deuxième foetus macéré à terme.- Afr. franç. Chir., 1952, n°3-4, 65-68.

77 - MOUCHOT E. - Contribution à l'étude de la grossesse tubaire évoluant jusqu'aux environs du terme.- Thèse Strasbourg, 1958, n°31.

78 - MULLER P., GAGNIERE E. et ESCHBACH J.- Un cas de grossesse tubaire à terme.- Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., août-oct. 1957, 9, n°4, 439-440.

79 - NAHOUM J.C.- Grossesse abdominale à terme avec foetus vivant bien constitué. C.R. d'un cas et revue de la littérature brésilienne.- Rev. Gin. Obst., déc. 1959, 53, n°6, 671-688, 8 fig. (Bibliogr.) (Résumé français).

80 - NAIDU P.M. et REDDY U.N.- Grossesse extra-utérine avancée. Huit observations cliniques.- J. Obst. Gyn. Brit. Emp., oct. 1960, 67, n°5, 843-847, 11 fig. (Bibliogr.).

81 - NANDI C.- Grossesses simultanées extra-utérines et intra-utérines à terme avec survie de la mère et des deux enfants.- J. Obst. Gyn. Brit. Emp., fév. 1953, 60, n°1, 114-118 (Bibliogr.).

82 - NETHERY M.A.- Grossesse abdominale avec survie de la mère et enfant normal.- Am. J. Obst. Gyn., fév. 1955, 69, n°2, 435-437 (Bibliogr.).

83 - NETZER J.- Un cas de grossesse abdominale à terme avec enfant vivant. Son traitement.- Internat. Med. Dig., nov. 1952, 61, n°5, 277-278.

84 - NGUYEN BUU TRIEU et KEITA A.- Un cas de grossesse abdominale au voisinage du terme avec enfant vivant.- Bull. Soc. méd. Afr. noire, 1964, 9, n°3, 348-355 (Bibligr.).

85 - O-CONNOR M. et COURBIL P.- Deux grossesses extra-utérines à terme avec enfants vivants.- Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., 1958, 10, n°1, 67.

86 - PALLIEZ R.- Grossesse extra-utérine à terme, enfant vivant.- Gyn. Obst. (suppl.), 1955, 7, n°2, 191-192.

87 - PALLIEZ R.- Grossesse extra-utérine à terme. Enfant vivant.- Lille chir., mars-av. 1955, 10, n°2, 101.

88 - PALLIEZ R., DELECOUR M., SAVARY J. VITSE M. et MONNIER J.C.- Grossesse abdominale intra-ligamentaire ayant évolué jusqu'au 7ème mois.- Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., oct.-déc. 1961, 13, n°5, 585-587.

89 - PARISOT J.- Contribution à l'étude des grossesses ectopiques dans le dernier tiers de la gestation.- Thèse Paris, 1957, 41 pp. dact.

90 - PAUWEN J.- Grossesse extra-utérine prolongée avec enfant vivant après rupture de l'utérus dans le 2ème mois de grossesse.- Zbl. Gyn., 24 oct. 1964, 86, n°43, 1514-1516 (Bibliogr.).

91 - PIZZERA M.G.- Grossesse tubaire au voisinage du terme.- Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., 1956, 8, n°3, 365-366.

92 - POPOFF D.- Sur l'évolution de la technique opératoire dans la grossesse ectopique, en général, et la grossesse ovarienne après terme, en particulier.- Rev. franç. Gyn. déc. 1943, n°12, 329-343 (Bibliogr.).

93 - QUICHON R.- Observation de grossesse extra-utérine ayant evolué jusqu'au voisinage du terme.- Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 1955, 7, n°3, 298.

94 - RAJAONERA R.- Un cas de grossesse abdominale près du terme. (Présentation de l'observation n°367, 1960, avec radios et photos, Maternité de l'A.M., Tananarive).- Bull. Féd. Soc. Obst. nov.-déc. 1962, 14, n°5, 761-763.

95 - ROCQUE J. et HOULNE F.- Grossesse extra-utérine à terme avec hydramie. Gyn., Obst. 1948, 47, n°6bis, 1091-1092.

96 - ROSS J. et WEEKS.- Une grossesse tubaire vivant et à terme. Am. Obst. Gyn., déc. 1948, 56, n°6, 1170-1173 (Bibliogr.).

97 - SCHACHTER J.- Contribution à l'étude des grossesses extra-utérines à terme avec enfants vivants. A propos d'un cas de gestation abdominale.- These Paris, 1958, n°1009, 38 pages

98 - SCHNEIDER G.- C.R. d'un cas de grossesse tubaire à terme.- Zbl. Gyn., 18 av. 1959, n°16, 629-633.

99 - SELMAN A.N.- Grossesse ectopique (abdominale) avec foetus vivant ayant survécu.- Am. J. Surg., juin 1957, 93, n°6, 1036-1037.

100 - SERAFINO X., DIOUF B. et DIOP A.- Deux cas de grossesse tubaire vraie ayant évolué jusqu'au terme.- Mém. Acad. Chir., 1963, 89, n°30-31, 826-829.

101- SYEGLER A.M., ZEICHNER S., RUBENSTEIN I., WALLACE E.Z. et CARTER A.C.- Etudes endocriennes dans deux cas de grossesse abdominale à terme.- Am. J. Obst. Gyn. août 1959, 78, n°2, 369-374, 2 tabl. (Bibliogr.).

102 - SUTER et VICHSER C.- L'avenir du foetus viable et vivant dans la grossesse extra-utérine.- Am. J. Obst. Gyn., mars 1948, 55, n°3, 489-495 (Bibliogr.).

103 - TCHARKVIANI I.I.- Deux cas de grossesse extra-utérine à terme.- Akoucherstvo Guinak (Moscou), 1957, n°4, 109.

104 - THOMISON L.R. - Grossesse abdominale à terme.- Am. J. Surg., Oct. 1959, 98, n°4, 625-627.

VU, le Président de Thèse,

Professeur A. RICHARD

VU, le Doyen de la Faculté Mixte
de Médecine et de Pharmacie
de TOURS,

Professeur G. DESBUQUOIS

VU et PERMIS D'IMPRIMER,

Le Recteur de l'Académie
Président du Conseil de l'Université
d'Orléans-Tours,

G. ANTOINE